

**FABIANA BRUINSMA  
CATIELI COSTA GERHARDT**

**REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA ATRAVÉS DA  
TERAPÊUTICA COM CONES VAGINAIS: UMA TECNOLOGIA DE AUTO-  
CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia, do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do título de Fisioterapeuta.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Evelise Moraes Berlezi

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mcs. Daniela Zeni Dreher

Grupo de Pesquisa: Estudo Multidimensional de Mulheres Pós-Menopausa do  
Município de Catuípe/RS

Ijuí (RS)

2011



UNIVERSIDADE REGIONAL DO NORDESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
Reconhecida pela Portaria Ministerial n.º 497 de 20/04/85 – D.O.U. 06/07/85, Regionalizada pelas Portarias  
Ministeriais n.º 1628 de 10/11/92 – D.O.U. 11/11/92 e n.º 918 de 27/05/94 – D.O.U. 30/05/94

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - DCVida**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA O PRESENTE  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO INTITULADO:


**REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA  
ATRAVÉS DA TERAPÊUTICA COM CONES VAGINAIS: UMA  
TECNOLOGIA DE AUTO-CUIDADO**

ELABORADO POR  
Fabiana Bruinsma  
Catieli Costa Gerhardt

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE  
FISIOTERAPEUTA

COMISSÃO EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Evelise Moraes Barros

  
\_\_\_\_\_  
Heloisa Meincke Eickhoff

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradecemos a Deus, pela vida, pelo refúgio nos momentos de indecisão, pelo amparo nos momentos difíceis e pelas suas bênçãos concebidas na minha caminhada.*

*Aos nossos pais, pelo incentivo moral e financeiro, pela honestidade pelo caráter com que me educaram. Sei que algumas vezes abriram mão de seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, obrigado pela dedicação e o empenho para que eu chegasse até aqui. Compartilhamos esta vitória, que também lhes pertence. A vocês, o nosso carinho, admiração e gratidão*

*Aos nossos namorados, pelo amor, pelo companheirismo. Obrigado por estar sempre presentes nos momentos em que precisei.*

*As nossas companheiras (os) de estágio. Obrigado pela força, pela amizade, pelas festas, pelas risadas. Certamente, jamais esqueceremos de vocês...*

*Às nossa Orientadora Evelise Moraes Berlezi, pelo apoio, pela dedicação, pela paciência, confiança e amizade na realização deste trabalho.*

*E, finalizando, todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram parte em algum momento dessa caminhada, de uma forma ou de outra, agradeço a vocês de coração.*

*Obrigado!!!*

# REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA POR MEIO DA TERAPÊUTICA COM CONES VAGINAIS: UMA TECNOLOGIA DE AUTO-CUIDADO

## RE-EDUCATION OF THE MECHANISM OF URINARY CONTINENCE BY THERAPY VAGINAL CONES: A TECHNOLOGY OF SELF-CARE

Fabiana Bruinsma<sup>1</sup>; Evelise Moraes Berlezi<sup>2</sup>; Catieli Costa Gerhardt<sup>3</sup>; Daniela Zeni Dreher<sup>4</sup>

**Resumo:** Verificar a efetividade da reeducação da continência urinária por meio de tecnologia de auto-cuidado com cones vaginais. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico, sendo constituído por 11 mulheres, entre 50 e 65 anos, residentes da área rural do município de Catuípe/RS com no mínimo 12 meses de amenorréia. Para a obtenção das variáveis de interesse utilizou-se: entrevista para explorar as questões referentes a história uroginecológica da mulher; exame físico para avaliar a força muscular do assoalho pélvico e pressão perineal e aplicação do protocolo *King's Health Questionnaire* (KHQ) para avaliar a qualidade de vida. A intervenção foi domiciliar, com prescrição de exercícios durante 8 semanas e frequência de cinco vezes na semana, com reavaliações entre 10 a 15 dias. As técnicas selecionadas foram exercícios de cinesioterapia com cones vaginais. Após 8 semanas foram reavaliadas. **Resultados:** Considerando os resultados das avaliações obtidos na pré e pós-intervenção destacou-se que 18% (2) das participantes obtiveram resultados plenamente satisfatórios com o

---

<sup>1</sup> Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, graduanda do curso de Fisioterapia na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Rua 15 de Novembro, 148, Centro, Ijuí, RS, Brasil. Emai: [Fabiana\\_bruinsma@yahoo.com.br](mailto:Fabiana_bruinsma@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Fisioterapeuta Doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Rua do Comércio, 3000, Cep: 98700-000 Ijuí, RS, Brasil. Email: [evelise@unijui.edu.br](mailto:evelise@unijui.edu.br)

<sup>3</sup> Graduanda do curso de Fisioterapia na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Rua 7 de Setembro, Ijuí, RS, Brasil Email: [catielifst@hotmail.com](mailto:catielifst@hotmail.com)

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia de Produção. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJUI. Email: [daniela.dreher@unijui.edu.br](mailto:daniela.dreher@unijui.edu.br)

tratamento tornando-se continentes. Com relação a intensidade do esforço em que ocorria a perda de urina observou-se após as 8 semanas de intervenção 27,7% (3) das mulheres não referiram mais escapes aos grandes esforços e 45,5%(5) não referiram mais perda aos esforços moderados; aos pequenos esforços nenhuma das mulheres relatou perda após o tratamento. Também houve um incremento da força dos músculos do assoalho pélvico das camadas profunda e superficial. Para a musculatura profunda observou-se que mulheres com grau 2 de força na pré-intervenção passaram aos graus 4 e 5 na pós-intervenção. Da mesma forma, mulheres com grau de força de 2 e 4 da musculatura superficial na pré-intervenção evoluíram para grau 3 e 5 após o tratamento. Quanto a pressão de contração perineal ao comparar as médias pré e pós tratamento não mostrou diferença estatisticamente significativa. Segundo os resultados da KHQ as mulheres tiveram melhora de sua qualidade de vida com o tratamento proposto. **Conclusões:** o protocolo mostrou-se efetivo no tratamento da IUE e seu diferencial foi o tratamento realizado no domicílio sob prescrição e orientação do fisioterapeuta sendo uma estratégia que pode ser adotada nos serviços da rede pública.

**Palavras-Chave:** Pós- menopausa; Incontinência urinária de esforço; Cones vaginais

**Abstract:** To verify the effectiveness of urinary continence rehabilitation by offer vaginal cones therapy as a self-care therapy. **Methods:** It's about a clinical trial, which consists of women, age between 50 and 65 years old, residents in predial area in the city of Catuípe/RS with at least 12 months of amenorrhea. To obtain the variables of interest were used: interview to explore issues concerning the history urogynecology women; physical examination to assess the strength of pelvic floor muscle pressure and perineal and application of the Protocol King's Health Questionnaire (KHQ) to evaluate the quality of life. The intervention was at home, with prescription of exercises five times a week, one time a day by 8 weeks, with meetings between 10 to 15 days. The techniques selected were kinesiotherapy exercises using a kit of vaginal cones. After 8 weeks they were reassessed. **Results:** Considering the results of evaluations obtained in the pre-and post-intervention highlights that 18% (2) of the participants had fully satisfactory results with treatment becoming continents. Regarding the intensity of effort that occurred in the loss of urine was observed after 12 weeks of intervention, 27.7% (3) women reported no more leaks to the great efforts and 45.5% (5) reported no further loss moderate exertion; the slightest effort none of the women reported loss after treatment. There was also an increase in the strength of the pelvic floor muscles deep and superficial layers. For the deep muscles showed that women

with grade 2 power in the pre-intervention began to grades 4 and 5 in the post-intervention. Similarly, women with a degree of strength 2 and 4 of the superficial musculature in the pre-intervention progressed to grade 3 and 5 after treatment. The urethral closure pressure when comparing the mean pre and post treatment showed no statistically significant difference. According to the results of the KHQ women had improved their quality of life with the proposed treatment. **Conclusions:** The protocol was effective in the UIE and its differential was the treatment realized at home beneath prescription and guidance of the physical therapist being a strategy adoptable in the public network services.

**Key words:** Postmenopausal; Stress urinary incontinence; vaginal cones

## INTRODUÇÃO

É realidade que a população brasileira está envelhecendo, neste contexto homens e mulheres ao viverem mais também querem garantir qualidade de vida. As mulheres têm passado nas últimas décadas por mudança no seu papel social, a menopausa vista antes como um marco para o declínio físico, sexual e funcional hoje está sendo encarada como a chegada da maturidade, e esta, necessariamente não precisa estar associada a perdas, mas a novos desafios e conquistas.

Considerando que as mulheres podem viver mais de um terço de suas vidas após a menopausa, e mudanças endócrinas, metabólicas, físicas e emocionais ocorrem pela privação do estrogênio, é importante que a mulher tenha pleno conhecimento das mudanças que seu corpo vai experimentar para que possa participar ativamente de decisões para a manutenção da sua saúde. Neste contexto a educação em saúde tem papel fundamental uma vez que há acontecimentos nesta fase da vida que trazem desconfortos, mas com os avanços científicos é possível buscar minimizá-los por meio de tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos que devem ser discutidos com o profissional de saúde para assim fazer uma tomada de decisão, garantido qualidade de vida.

Destes desconfortos a incontinência urinária é um exemplo. Segundo Guarisi<sup>1</sup> a incontinência urinária traz implicações sociais, causa desconforto, perda de autoconfiança, traz prejuízo a vida sexual e interfere negativamente na qualidade de vida de muitas mulheres, além de representar um problema de saúde pública. A Incontinência urinaria é considerada a perda involuntária de urina em locais e situações inadequadas. Segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), uma em cada 25 pessoas desenvolve incontinência urinária. E 40% das mulheres começam a perder urina de forma involuntária após a menopausa<sup>2</sup>.

Muitas pessoas acreditam que a perda de urina ao realizar um esforço, como por exemplo, erguer um objeto pesado, é natural. Há pouco esclarecimento sobre a prevenção e o tratamento conservador da incontinência urinária, o que reforça a relevância de realizar trabalhos para maior esclarecimento. Esta condição, pode sim ser conseqüência do hipoestrogenismo, mas que há tratamentos, adequados, de baixo custo e com alta resolutividade, inclusive que podem ser executados no próprio domicílio com prescrição do profissional da saúde.

Este trabalho justifica-se pela importância de se trabalhar com mulheres que residem em áreas rurais do Brasil, uma que os resultados de pesquisas são em sua maioria em populações urbanas e em grandes centros. Para, além disso, a população estudada tem o diferencial de estar no período pós-menopausa, etapa da vida em que o hipoestrogenismo reduz o tônus da musculatura do assoalho pélvico podendo ser um dos fatores para incontinência urinaria, e pode impactar na qualidade de vida das mulheres. Neste contexto a intervenção fisioterapêutica pode tanto prevenir esta condição como reabilitar.

Há vários métodos fisioterapêuticos indicados para o tratamento da incontinência urinária, o diferencial deste protocolo de pesquisa é a necessidade de adotar um método com efeitos terapêuticos já comprovados com uma tecnologia que possa atender as peculiaridades da população do estudo.

Nesta proposta a mulher tem um papel ativo em toda a trajetória do tratamento. Aposta-se que o vínculo terapeuta/paciente e a educação para o auto cuidado seja um estímulo para a adesão ao tratamento. Entende-se que este experimento possa servir de base para as ações de equipes de saúde.

O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade da reeducação da continência urinária por meio do uso orientado de cones vaginais como uma tecnologia de auto-cuidado.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado. A população alvo do estudo foram mulheres residentes na área rural do município de Catuípe/RS com idade entre 50 e 65 anos, em período pós-menopausa. A área rural do município está organizada em 19 comunidades, para ter acesso a população contou-se com o apoio da Emater (Empresa Brasileira de Extensão Rural). Os critérios para integrar a amostra foram: aceitar participar do estudo, referir perda de urina, ter diagnóstico urofuncional de incontinência urinária de esforço (IUE) e participar de todas as etapas da pesquisa.

Para compor a amostra adotou-se a seguinte logística: 1ª) Captação *in loco* – nas 19 comunidades foram desenvolvidas atividades educativas através de métodos interativos com o objetivo de sensibilizar as mulheres quanto a importância de prevenir



e tratar precocemente a incontinência urinária. Ao final das atividades foi apresentada a proposta da pesquisa e todas foram convidadas a participar. Aquelas que formalizaram o aceite responderam a um questionário que tinha como objetivo identificar queixa de perda urina. 2ª) Contato e agendamento individual – após a análise dos questionários as mulheres que relataram perda de urina foram contatadas para agendar avaliação individual. 3ª) Avaliação – nesta etapa primeiramente foi exposto todo o método de avaliação e intervenção e após a concordância em manter-se na pesquisa realizou-se a avaliação urofuncional.

A avaliação foi composta de anamnese, exame físico e avaliação da qualidade de vida. O objetivo da anamnese foi identificar a história clínica uro-gineco-obstétrica. O exame físico constituiu-se da avaliação da força muscular do assoalho pélvico e avaliação da pressão de contração perineal. A avaliação da força muscular foi realizada por meio de uma avaliação funcional subjetiva tátil durante a contração da musculatura do assoalho pélvico. A avaliação da pressão de contração perineal foi realizada utilizando o equipamento Neurodyn Evolution da marca IBRAMED. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o protocolo King's Health Questionnaire (KHQ).

O protocolo de intervenção foram exercícios de cinesioterapia com cones vaginais, executados no domicílio uma vez ao dia, cinco vezes na semana por 2 meses. As reavaliações foram feitas em um intervalo de 15 dias, com quatro objetivos: 1º) averiguar a adesão da mulher aos exercícios propostos através do diário de exercícios; 2º) verificar como a mulher está executando os exercícios; 3º) alterar o peso do cone vaginal, conforme a evolução da mulher; 4º) prescrever novos exercícios e peso a ser utilizado.

O protocolo de exercícios com o uso de cones vaginais foi elaborado com base em Haddad, composto de um fase passiva e outra ativa. A determinação do peso foi realizada conforme o preconizado pelo autor.

A fase passiva - durante os primeiros 15 dias foi realizado exercícios com cones vaginais de forma passiva, ou seja: a paciente introduziu um cone determinado, pela cavidade vaginal e permaneceu em pé (ortostatismo), sem deixar o mesmo cair, durante 15 minutos, uma vez ao dia, 5 vezes na semana.

A fase ativa - iniciou-se com o peso imediatamente maior do que o utilizado na fase passiva. Na fase ativa a participante realizou contrações do assoalho pélvico com o cone vaginal com a seguinte prescrição: 5 segundos contrai e 5 segundos relaxa; 12 repetições em 3 séries, uma vez ao dia, 5 vezes por semana.

Na ultima etapa do protocolo, a participante realizou: 5 segundos contrai e 5 segundos relaxa; 12 repetições em 3 séries, uma vez ao dia, 5 vezes por semana. Ainda, foi orientada a subir e descer escadas (8 degraus) por 4 vezes, uma vez ao dia, 5 vezes por semana, mantendo o cone na cavidade vaginal. A evolução do protocolo foi dependente da reavaliação.

Os dados do estudo foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-PC). Foi utilizada para análise de dados a estatística descritiva através de média, desvio padrão, mediada, valores mínimos e máximos. Para a comparação dos resultados pré e pós-intervenção utilizou a estatística analítica pelo teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico para variáveis pareada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ sob o parecer consubstanciado número 0080/2010.

## **RESULTADOS**

Da população do estudo 20 mulheres relataram ter perda de urina. Destas 11 atenderam os critérios e foram incluídas na amostra. Com relação a idade a média de idade das mulheres foi de  $58,82 \pm 4,68$ , com idade máxima de 65 e mínima de 52 anos.

Na (Tabela 1) pode ser visualizada variáveis relacionadas aos aspectos da anamnese pré e pós-intervenção. Considerando os resultados das avaliações obtidos na pré e pós-intervenção destaca-se que 18% (2) das participantes obtiveram resultados plenamente satisfatórios com o tratamento tornando-se continentes. Das demais todas referiram melhora dos sintomas e do grau de intensidade de esforço em que ocorria perda de urina.

Do caráter da perda, na pré-intervenção, observa-se que 54,5% (6) das mulheres relataram que esta ocorria na forma de jato e 45,5% (5) na forma de gota a gota, estas condições podem ocorrer na mesma mulher em situações diferentes. Quanto ao perceber a perda de urina 36,4% (4) das mulheres por ocasiões tinham a perda e não percebiam (insensível), as demais tinham consciência no momento da perda, no entanto, 27,3% (3) apresentavam sintoma retardatário, ou seja, após a micção completa ocorriam “escapes”. Observa-se que após a intervenção quanto ao caráter da perda, apenas 27,3% (3) das mulheres mantiveram perda na forma de jato e 54,5% (6) gota a gota, este fato sugere, mesmo que subjetivamente a melhora da

incontinência. Ainda, o caráter insensível e retardatário foram relatados apenas por uma das mulheres (Tabela 1).

Com relação ao uso de protetores evidenciou-se que na pré-intervenção 27,3% (3) das mulheres fazia uso permanente (pano ou absorvente), 36,4% (4) usavam ocasionalmente e 36,4% (4) relataram não fazer uso de proteção. Na pós-intervenção observa-se que apenas 27,3% (3) mulheres continuaram fazer uso de proteção. Da frequência das micções a metade das mulheres na pré-intervenção relataram número de micção dentro de parâmetros considerado normal, de 4 a 8 vezes durante o dia e a noite (7 diurnas e 1 noturna) e 45,5% (5) tinham o número de micção aumentada. Pós-intervenção nenhuma das mulheres manteve o número de micção aumentada (Tabela 1).

Quanto a presença de dor durante a micção (disúria) apenas uma mulher relatou esta condição pré e pós intervenção. 18,2% (2) delas relataram que ao chegar para urinar ocorria um atraso da micção, ou seja, apesar de sentir vontade no momento oportuno demorava em iniciar o esvaziamento da bexiga e após a intervenção apenas uma relatou esta queixa. Uma das mulheres mencionou realizar força abdominal para auxiliar no esvaziamento da bexiga, após a intervenção este numero passou para três mulheres, acredita-se que este fato pode ter ocorrido devido a mulher em algum momento ter realizando os exercícios com a bexiga cheia. 63,6% (7) delas tinham dificuldades em segurar a urina, esta condição relatada não se repetiu mais após a intervenção (Tabela 1).

Da vontade e controle da micção observa-se que 90,9% (10) mulheres apresentavam vontade imperiosa (vontade forte e controla mais ou menos a micção) e 18,2% (2) apresentavam vontade urgente (vontade forte e não controla a micção). Comparando a pré e pós-intervenção verifica-se que 36,4% (4) mulheres ainda relatavam vontade imperiosa, este dado sugere que as mulheres que não conseguiam controlar a vontade de urinar passaram a ter um controle parcial (vontade imperiosa) da sua micção (Tabela 1).

A tabela 2 mostra a distribuição das freqüências de perda de urina segundo a intensidade de esforço. Na pré-intervenção observou-se que aos grandes e moderados esforços 100% das mulheres relatavam perda de urina, sendo que 18,2% (2) mulheres relataram perda de urina aos pequenos esforços, considerado que quanto menor a intensidade maior a gravidade do problema. Após as 8 semanas de intervenção, verificou-se que 27,7% (3) das mulheres não referiram mais escapes aos grandes esforços. Da mesma forma 45,5%(5) não relataram mais perda aos esforços moderados. Aos pequenos esforços nenhuma das mulheres após o tratamento relatou perda de urina, passando a relatar perdas somente os grandes e moderados esforços (tosse e espirro).

Os resultados da avaliação do grau de contração da musculatura profunda do assoalho pélvico, evidenciado na Figura 1, mostra que comparando pré com pós intervenção, as mulheres que apresentavam grau 2 de contração muscular na pré-intervenção, apresentam grau 4 e 5 de contração muscular pós intervenção, as demais mantiveram-se com grau de contração muscular da pré- intervenção.

Na avaliação do grau de força da musculatura superficial do assoalho pélvico, comparando pré e pós-avaliação, mostrado na Figura 2, observa-se que as mulheres que na pré-intervenção apresentavam força muscular grau 2 e 4, após a intervenção apresentaram grau 3 e 5 de força muscular.

Na Figura 3 comparando as médias das pressões de contração da musculatura perineal, tomados pré e pós-intervenção, com valores de referência da literatura que identificam continência urinária pré e pós-menstruação. Os valores de referência 1 é considerada antes da menstruação e valores de referência 2 após a menstruação. Verificou-se que ocorreu um aumento na média da pressão de contração perineal após a intervenção, sendo este não estatisticamente significativo ( $p= 0,06$ ). Pode-se observar que nos dois momentos as médias dos valores das pressões de contração perineal ficaram abaixo destes valores. E isso justifica o fato de ainda ter mulheres que não alcançaram a continência.

Em relação à escala de sintomas urinários do KHQ, antes e após o tratamento, foi investigado isoladamente o quanto alguns destes afetavam as mulheres. Na Tabela 3 pode ser observado que, antes do tratamento, os sintomas mais comuns e que afetavam “muito” estas mulheres foram urgência miccional e bexiga hiperativa com 36,4% (4), e a incontinência urinária de esforço com 27,3% (3). O aumento da frequência urinária e noctúria foram em menor proporção, afetando apenas 18,2% (2) mulheres. Dos sintomas relatados antes do tratamento apenas a urgência miccional foi relatado por uma mulher afetando-a muito após o tratamento.

Dos sintomas que afetavam “mais ou menos” estas mulheres antes do tratamento foram aumento da frequência urinária 54,5% (6), seguido de incontinência

urinária de esforço 27,3% (3) e infecção urinária freqüentes 18,2% (2), após o tratamento 36,3% (4) das mulheres relataram aumento da freqüência urinária, e os últimos sintomas relatados não se repetiram mais (Tabela 3).

Em relação aos sintomas que afetavam “um pouco” aproximadamente metade das pacientes 45,5% a 54,5% referiram que os sintomas de noctúria, urgência miccional, bexiga hiperativa, incontinência urinária de esforço e dor na bexiga afetava um pouco sua QV antes da intervenção. Após a intervenção estes valores mantiveram-se os mesmos ou aumentaram. Destacando que o sintoma aumento da freqüência urinária passou de 27,3% para 54,5% e a IUE de 45,5% para 72,7%. Sugerindo que alguns sintomas deixaram de afetar muito e mais ou menos, passando a afetar um pouco a QV destas mulheres (Tabela 3).

Observou-se na Tabela 4 uma diminuição significativa das médias e medianas dos escores dos domínios avaliados pelos KHQ, em relação à percepção da saúde ( $43,2 \pm 25,2$  versus  $18,2 \pm 16,2$ ;  $p=0,009$ ), impacto da incontinência ( $54,5 \pm 29,2$  versus  $13,6 \pm 13$ ;  $p=0,017$ ), limitações das atividades diárias ( $37,5 \pm 33,1$  versus  $10,2 \pm 15,6$ ;  $p<0,001$ ), limitações físicas ( $37,5 \pm 29,0$  versus  $12,5 \pm 17,7$ ;  $p<0,035$ ), emoções ( $19,7 \pm 24,2$  versus  $6,1 \pm 9,9$ ;  $p=0,026$ ), sono/energia ( $22,7 \pm 26,7$  versus  $6,8 \pm 15,2$ ;  $p=0,026$ ) e as medidas de gravidade ( $38,6 \pm 26,4$  versus  $9,8 \pm 9,0$ ;  $p<0,007$ ). Apenas dois escores que não apresentaram diferença significativa foram relacionados a Limitações sociais ( $18,2 \pm 29,8$  versus  $3,4 \pm 8,1$ ;  $p=0,104$ ) e às relações pessoais ( $28,0 \pm 13,6$  versus  $22,0 \pm 10,0$ ;  $p=0,104$ ).

## DISCUSSÃO

A terapêutica conservadora para a IU, utilizando recursos fisioterapêuticos, pode reforçar o controle esfinteriano por meio do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, reduzindo assim os sintomas da perda urinária e consequentemente a melhora da qualidade de vida.

Este estudo constatou-se, através dos resultados obtidos, que a terapêutica com cones vaginais mostrou-se benéfico na reeducação da continência urinária. Resultados semelhantes mostrou um estudo de caso realizado por Dreher *et al*, que buscava avaliar a eficiência de um programa de fisioterapia domiciliar com cones vaginais para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, na resolução da incontinência urinária de esforço, o qual mostrou-se efetivo na resolução da IUE<sup>3</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo estão concordes com outros estudos que demonstram melhora significativa dos sinais e sintomas da IU em mulheres incontinentes quando submetidas a tratamento conservador por meio da cinesioterapia do assoalho pélvico<sup>4, 5,6</sup>.

Apesar de no presente estudo não ter havido diferença estatisticamente significativa comparando a média da pressão de contração perineal após as oito semanas de intervenção, observa-se melhoras. Em estudo realizado em Janeiro 2007 que mensurou as pressões de contração perineal a cada semana de tratamento fisioterapêutico verificou que apenas após oito semanas de tratamento houve diferença significativa<sup>7</sup>.

Em um ensaio clínico randomizado que buscou comparar os efeitos da eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e da terapia com os cones em



mulheres com incontinência urinária de esforço, foi observado que ambas as técnicas foram efetivas no tratamento de mulheres com IUE<sup>8</sup>.

O presente estudo mostra que a média de idade das mulheres foi de  $58,82 \pm 4,68$  e 100% das mulheres do estudo relataram perda de urina aos grandes e moderados esforços. Resultados semelhantes foi encontrado por Berlezi *et al.*, onde verificou que a idade média das mulheres foi de  $58 \pm 4,39$  anos e 25,3% relatam ter perda de urina, relacionada à realização de esforços como tossir e subir escadas<sup>9</sup>.

Segundo Mouritsen, estudos mostraram conclusivamente que os exercícios do assoalho pélvico têm melhor prognóstico em casos de incontinência moderada e de curta duração. Pacientes mais jovens, que são pré-menopáusicas ou recebendo estrógenos, com peso normal e sem cirurgias prévias para incontinência, e que tenham demonstrado alguma conscientização e função de sua musculatura do assoalho pélvico, têm o melhor prognóstico<sup>10</sup>. Contudo, nesta pesquisa observou-se boa resposta ao tratamento, sendo mulheres que estão vivenciando o período pós menopausa, independente do grau de gravidade do problema.

A partir da análise do questionário de qualidade de vida Kings Health Questionnaire (KHQ) nas pacientes estudadas, foi possível observar uma melhora significativa da qualidade de vida no pós tratamento. Corroborando com o estudo de Oliveira e Garcia onde o único escore que não apresentou diferença foi o relacionado a relações pessoais<sup>4</sup>.

Nos resultados apresentados, assim como nos estudos encontrados a QV melhorou após a intervenção cinesioterapêutica<sup>11, 12, 13</sup>. Observamos que a IU tem

impacto negativo sobre a qualidade de vida destas mulheres, corroborando os achados da literatura<sup>14, 15</sup>.

Outro estudo utilizando o KHQ demonstrou, em um “follow-up” de um ano, que a QV se manteve significativamente melhor após o tratamento da IU com diversos recursos fisioterápicos<sup>16</sup>.

A dificuldade em interpretar a literatura pode ser vista na metanálise de Herbison, que, apesar de ter selecionado 15 estudos clínicos envolvendo 466 pacientes tratadas com os cones vaginais, concluiu pela necessidade de construir ensaios clínicos maiores e, principalmente, com método mais apurado<sup>17</sup>. Entretanto, alguns ensaios relataram altas taxas de abandono aos tratamentos propostos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maior contribuição deste estudo está na eficiência comprovada pelo protocolo, além disso, é um método que permite tratar um conjunto de mulheres no mesmo período. Também, é um método que pode ser adotado pelos serviços de saúde sejam eles da rede pública, atenção básica, ou ambulatório especializado; ou serviços privados.

Em especial este protocolo se constitui uma estratégia de grande aplicabilidade na atenção básica, tanto para tratar mulheres que apresentam IUE como prevenir a IU, especialmente em mulheres pós-menopausa, que sofrem com a privação do estrogênio e que tem como uma das conseqüências a redução do tônus muscular que é uma das causas de IUE. Um dos limitadores do estudo foi o tamanho amostral, um dos motivos

para a baixa participação pode ser o preconceito e tabus das mulheres que se justifica em parte pela escolaridade, renda e cultura.

A partir dos resultados obtidos está sendo proposto junto ao município de Catuípe/RS um trabalho em conjunto com a equipe de saúde com o objetivo de mostrar e discutir os resultados encontrados pela pesquisa e construir um plano de trabalho que estenda os benefícios deste método a mais mulheres com queixa de perda de urina.

Os resultados também apontaram que para a adoção desta estratégia pela atenção básica se faz necessário a individualização do tratamento no que diz respeito ao tempo, pois há mulheres no estudo que apresentaram melhoras mas ainda necessitariam manter o tratamento. Outro aspecto é a hierarquização da demanda, ou seja, priorizar as mulheres com perdas graves, ou seja, aquelas que perdem urina com pequenos esforços.

Podemos salientar que muitos estudos ainda são necessários, a fim de comprovar a eficácia de exercícios com cones vaginais no tratamento de IUE. Sendo que existem outras técnicas para o tratamentos de IUE e os cones são coadjuvantes, mesmo assim neste estudo os cones foram eficazes. Para isto, é preciso que sejam realizadas mais pesquisas, com metodologia adequada e detalhada que permita avaliar quantitativamente e qualitativamente os benefícios com comprovação científica.

## REFERÊNCIAS

1. Guarisi T. Incontinência urinária em mulheres climatéricas: estudo epidemiológico, clínico e urodinâmico. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.
2. Sociedade Brasileira de Urologia. Incontinência Urinária Campanha de Esclarecimento. Disponível em: [http://www.sbu.org.br/site/1/incontinência Urinaria](http://www.sbu.org.br/site/1/incontinência%20urinaria).
3. Dreher Z D, et al. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2009
4. Oliveira J R, Garcia R R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2011 Nov 30] ; 14(2): 343-352. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200014&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014&lng=pt).
5. Marques S M F, Freitas PAC. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. *Fisioterapia em Movimento* 2005; 18( 4). p. 63-67.
6. Zacchi AS, Bruse CF, Souza RMN. Utilização da cinesioterapia na incontinência urinária de esforço. *Fisio Terapia* 2008 set/out; 5(28) : 10-11
7. Januário P.G. Análise comparativa de dois procedimentos de estimulação elétrica neuromuscular utilizada no tratamento da incontinência urinaria de esforço feminino. [tese]. Programa de pós-graduação em Fisioterapia da Universidade metodista de piracicaba; 2007.
8. Santos P F D, et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico *versus* terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(9): 447-52
9. Berlezi E M, et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009; 12 (2):159-173
10. Mouritsen L. Pelvic Floor: exercises for female stress urinary incontinence. *The International Urogynecology Journal* 1994; 34( 5) : 44 – 51
11. Zanetti M R D, et al. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *São Paulo Med J.* 2007;125(5):265-9.
12. Rett M T, et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(3):134-40.
13. Sousa J G, et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioter. Mov.* Curitiba, v. 24, n. 1, Mar. 2011.
14. Dedicção AC, et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter.* 2008

15. Borges J B R, et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. Einstein. 2009; 7(3 Pt 1):308-13.
16. Neumann PB, et al. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005;45(3):226-32.
17. Herbison P. The reporting quality of abstracts of randomised controlled trials submitted to the ICS meeting in Heidelberg. Neurourol Urodyn. 2005; 24(1): 21-4.

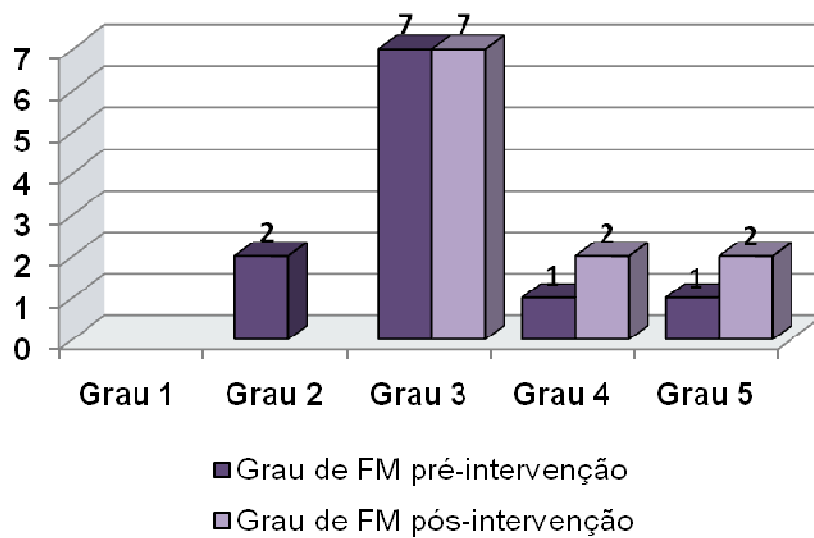
## TABELAS

**Tabela 1:** Distribuição dos aspectos relacionados a anamnese

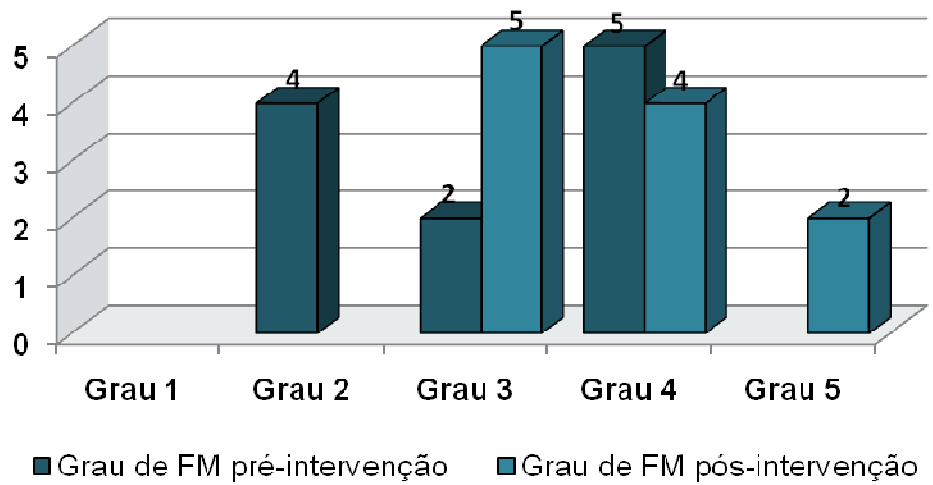
ASPECTOS ANAMNESE		Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
		N	%	N	%
<b>Caráter</b>	Jato	6	54,5	3	27,3
	Gota a gota	5	45,5	6	54,5
	Insensível	4	36,4	1	9,1
	Retardatória	3	27,3	1	9,1
<b>Proteção</b>	Permanente	3	27,3	-	-
	Ocasionalmente	4	36,4	3	27,3
	Não faz uso	4	36,4	8	72,7
<b>Micções</b>	Freqüência diminuída	1	9,1	2	18,2
	Freqüência normal	6	54,5	9	81,8
	Freqüência aumentada	5	45,5	-	-
	Disúria	1	9,1	1	9,1
	Atraso na micção	2	18,2	1	9,1
	Força abdominal para urinar	1	9,1	3	27,3
	Dificuldade de segurar a urina	7	63,6	-	-
	Imperiosa	10	90,9	4	36,4
	Urgência	2	18,2	-	-

**Tabela 2:** Distribuição das freqüências de perda de urina segundo a intensidade de esforço pré e pós- intervenção

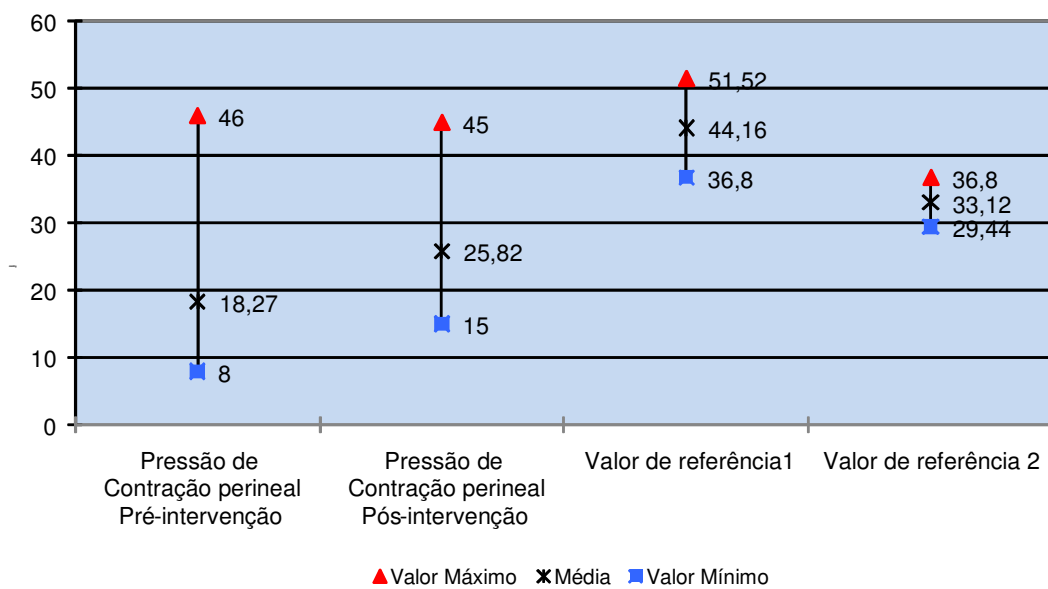
	Pré- Intervenção		Pós- Intervenção	
	N	%	N	%
<b>Grandes Esforços</b>	11	100	8	72,7
<b>Esforços Moderados</b>	11	100	6	54,5
<b>Pequenos Esforços</b>	2	18,2	-	-



**Figura 1:** Distribuição do grau de força da musculatura profunda do assoalho pélvico pré e pós- intervenção



**Figura 2:** Distribuição do grau de força da musculatura superficial do assoalho pélvico pré e pós- intervenção



**Figura 3:** Comparação da pressão de pressão de contração perineal (pressão máxima - pressão mínima) com valores de referência

**Tabela 3:** Escala de sintomas urinários antes e após o tratamento.

		Quanto os problemas afetam você?							
Sintomas		Um Pouco		Mais ou Menos		Muito		Não se aplica	
		N	%	n	%	N	%	n	%
Aumento da frequência urinária	Antes	3	27,3	6	54,5	2	18,2	-	-
	Após	6	54,5	4	36,3	-	-	1	9,1
Noctúria	Antes	6	54,5	1	9,1	2	18,2	2	18,2
	Após	7	63,6	1	9,1	-	-	3	27,3
Urgência miccional	Antes	6	54,5	1	9,1	4	36,4	-	-
	Após	6	54,5	1	9,1	1	9,1	3	27,3
Bexiga hiperativa	Antes	6	54,5	1	9,1	4	36,4	-	-
	Após	6	54,5	-	-	-	-	5	45,5
Incontinência urinaria de esforço	Antes	5	45,5	3	27,3	3	27,3	-	-
	Após	8	72,7	-	-	-	-	3	27,3
Enurese noturna	Antes	4	36,4	1	9,1	-	-	6	54,5
	Após	-	-	-	-	-	-	11	100
Incontinência durante a relação sexual	Antes	3	27,3	-	-	-	-	8	72,7
	Após	-	-	-	-	-	-	11	100
Infecção urinária freqüentes	Antes	2	18,2	2	18,2	-	-	7	63,6
	Após	2	18,2	-	-	-	-	9	81,8
Dor na bexiga	Antes	5	45,5	-	-	-	-	6	54,5
	Após	-	-	1	9,1	-	-	10	90,9



**Tabela 4:** Comparação dos escores da qualidade de vida, segundo os domínios do King's Health Questionnaire (KHQ), antes e após o tratamento

Domínios do KHQ	Antes	Após	Antes	Após	p*
	Média ±		Mediana (mínimo-máximo)		
Percepção da saúde	43,2±25,2	18,2±16,2	50(0-75)	25(0-50)	0,009*
Impacto da incontinência	54,5±29,2	13,6±13	75(25-100)	25(0-15)	0,017*
Limitações das atividades diárias	37,5±33,1	10,2±15,6	25(0-100)	0(0-50)	0,042*
Limitações físicas	37,5±29,0	12,5±17,7	25(0-100)	0(0-50)	0,035*
Limitações sociais	18,2±29,8	3,4±8,1	12,5(0-100)	0(0-25)	0,104
Relações pessoais	28,0±13,6	22,0±10,0	25(8,3-50)	25(8,3-41,7)	0,104
Emoções	19,7±24,2	6,1±9,9	8,3(0-75)	0(0-25)	0,026*
Sono/energia	22,7±26,7	6,8±15,2	12,5(0-75)	0(0-50)	0,026*
Medidas de gravidade	38,6±26,4	9,8±9,0	41,7(0-75)	8,3(0-25)	0,007*

\*teste de Wilcoxon  $p < 0,05$ .

# Anexo

## ANEXO 1

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data: \_\_\_\_\_

### Como você avaliaria sua saúde hoje?

Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( )

Muito ruim ( )

### Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( )

Muito ( )

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?

Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas.

Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.

### Limitação no desempenho de tarefas

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar,cozinhar, etc.)

Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas

## Questionário de qualidade de vida em incontinência urinária

atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?

Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Limitação física/social

Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Relações pessoais**

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( )

Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( )

Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( )

Mais ou menos ( ) Muito ( )

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.

Escolha da lista abaixo APENAS

AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.

**Quanto eles afetam você?**

Freqüência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Infecções freqüentes: Você tem muitas infecções urinárias?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Emoções**

Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( )  
Muito ( )

Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( )

Muito ( )

Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

### **Sono/Energia**

Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

Você se sente desgastada ou cansada?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

### **Algumas situações abaixo**

**acontecem com você? Se tiver o quanto?**

Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( )

Sempre ( )

## Anexo 2

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Prezada Senhora**

Eu, Evelise Moraes Berlezi, Coordenadora da Pesquisa Institucional “ESTUDO MULTIDIMENSIONAL DE MULHERES PÓS-MENOPAUSA DO MUNICÍPIO DE CATUÍPE/RS” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, venho convidá-la a participar de um estudo com intervenção (tratamento) que tem como título: **“reeducação da continência urinária através da oferta terapêutica de cones vaginais: como uma tecnologia de auto-cuidado”**.

Este é um estudo baseado no tratamento para incontinência urinária de esforço com o uso de cones vaginais, estes cones já são utilizados para este fim, contudo seu uso praticamente está restrito para o tratamento ambulatorial. A inovação proposta neste estudo é a utilização dos cones vaginais no domicílio sob prescrição e supervisão das pesquisadoras e no incentivo ao auto-cuidado.

Acreditamos que os resultados desta investigação poderão auxiliar na realização de um tratamento fisioterapêutico mais efetivo e que minimize de forma mais eficaz as queixas de mulheres acometidas pela Incontinência Urinária de Esforço. Também, este estudo, pode viabilizar o acesso das mulheres com este problema a tratamento de baixo custo, se os resultados forem positivos. Este é um método que poderá ajudar muitas mulheres com este problema e ser adotado como protocolo de tratamento pelas unidades de saúde dos municípios, reduzindo os custos de tratamento e melhorando a qualidade de vida destas mulheres.

O protocolo de pesquisa propõe avaliação da força muscular do assoalho pélvico e pressão perineal com o uso de um aparelho chamado Biofeedback, esta avaliação será realizada no início e final do tratamento, serão realizadas de forma individual, com horário e dia pré-agendado. Esta avaliação tem como desconforto a introdução de uma sonda no canal vaginal (semelhante ao exame ginecológico), é rápido e não ocasiona dor. Ressalta-se que o local onde será feito os procedimentos garante privacidade (sala cedida pela Secretaria Municipal de Catuípe).

Para fazer parte do estudo serão necessárias consultas fisioterapêuticas num intervalo de 10 a 15 dias para reavaliar a carga do cone vaginal e também verificar como está sendo realizado os exercícios prescritos. Estas consultas serão sempre pré-agendadas e individuais.

Tanto a avaliação como o tratamento não terá nenhum custo para a participante. Os resultados da pesquisa serão mostrados de forma individualizada às participantes, já os resultados gerados pela análise de dados serão divulgados através de publicações em periódicos da área e apresentações de trabalhos em eventos, bem como será produzido um relatório, o qual se constituirá no trabalho de conclusão de curso destas acadêmicas.

As informações fornecidas serão mantidas em anonimato e sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento de participar do estudo em qualquer momento que achar oportuno, sem prejuízo, mesmo depois de ter assinado este documento. No caso de haver desistência de sua parte poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do endereço deixado neste documento. Caso deseje obter informações adicionais sobre o estudo, a qualquer momento, poderá manter contato com as pesquisadoras.

Destacamos que sua participação não acarretará nenhum prejuízo ou dano pelo fato de colaborar, assim como não terá nenhum ganho ou benefício direto.

Diante do exposto, eu \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido sobre o estudo a ser realizado por Fabiana Bruinsma e Catieli Costa Gerhardt e concordo em participar.

Esse documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com as pesquisadoras.

Ijuí (RS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

---

Sujeito da pesquisa

---

Evelise Moraes Berlezi – Orientadora

Telefones de contato: Evelise Moraes Berlezi (55- 81283780 e 3332 0460)

Fabiana Bruinsma (55- 91582746)

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ: Fone/Fax: (55) 3332-0301.

### Anexo 3

#### Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Instrumento de coleta de dados

Grupo de pesquisa Estudo multidimensional de mulheres pós-menopausa do município de Catuípe/RS

#### EXAME URO-GINECOLÓGICO

Data da avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Estado

Civil \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

#### ANAMNESE

Peso: \_\_\_ altura: \_\_\_ cintura: \_\_\_ quadril: \_\_\_ IMC: \_\_\_ CQ: \_\_\_ (variaç. peso: s n - quanto +/-?: \_\_\_)

#### Antecedentes:

Familiares:	prolapsos	Incontinência urinária		
Pessoais:	diabete	hipertensão	obesidade	enurese diurna
	bronquite crônica	ciático	tabagismo	enurese noturna
Uro-ginecológico:	infecção urinária	freqüência das infecções: _____		
	menopausa - desde quando: _____	reposição hormonal:		não sim
Sintomas-climatério:	calorão	secura vaginal	alterações-humor	diminuiç. libido
Ano-retais:	discrasia (dific.	gases	incontin.	Hemorróidas



constipação (evacuar)

fecal

Cirúrgicos: histerectomia data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ prolapsos data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 \_\_\_/\_\_\_  
 outros/qual: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_  
 \_\_\_/\_\_\_

Medicamentos:  
 \_\_\_\_\_

Sedentarismo: sim não qual  
 atividade? \_\_\_\_\_

**Antecedentes  
 Obstétricos:**

Data:										
Parto normal										
Analgesia										
Episiotomia										
Rasgadura										
Fórceps										
Cesariana										
Peso anterior a gravidez										
Ganho de peso na gravidez										
Peso do bebê										
Incontinência pré-parto										
Incontinência pós-parto										

**Incontinência atual:**

Perda: \_\_\_\_\_ Data início: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ (todos os dias? quantas  
 vezes/dia?...)

diurna

noturna

ao esforço

ocasionalmente

Perda precedida de vontade

Perda não precedida de vontade

Quando perde urina, qual a quantidade? Molha a roupa? \_\_\_\_\_

Modo:

jato

Gota a gota

insensível (perde e não sente)

retardatária (perda logo após a micção)

Caracterização:

Esforço:

Grandes esforços:

salto

corrida

ginástica

tosse

Esforço moderado:

espirro

dança

caminhada rápida

Pequenos esforços:

andar

troca de posição

Instabilidade e:

stress

vontade urgente

perda

Frio

vontade urgente

perda

barulho de torneira

vontade urgente

perda

mãos na água

vontade urgente

perda

⇒ Ao tossir ou espirrar a perda ocorre:

Após alguns segundos?

imediatamente?

Proteção:

permanente

ocasionalmente

Tipo -  
proteção:

absorvente diário

absorvente normal

fralda

outras \_\_\_\_\_

quantos ao dia  
\_\_\_\_\_

quantos a noite \_\_\_\_\_

Micções:

frequência (urinar no vaso sanitário - quando não há perda): dia: \_\_\_\_ (4 a 7 normal)

acorda a noite para ir ao banheiro?: \_\_\_\_ (1 normal)

disúria (dificuldade de urinar)

força abdominal para urinar

atraso na micção

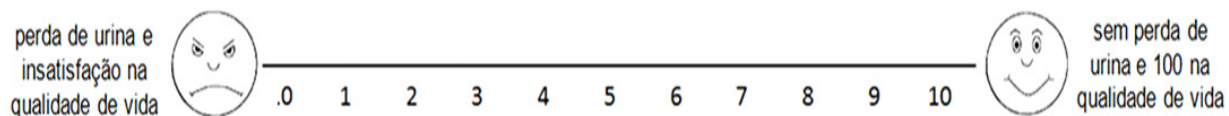
dificuldade de segurar a urina

imperiosa (vontade forte, controla ±)

urgência (vontade forte, não consegue controlar)

Vontade de urinar durante a relação sexual

**Escala análoga visual:** (nota em função da incontinência –interferência da incontinência na sua vida)



Mudança de hábitos pela perda de urina: \_\_\_\_\_

**Investigações complementares:** (citobacteriológico de urina, ecografia, urodinâmica, eletromiografia):

\_\_\_\_\_

**Caract. sexológicas:**

dispareunia	vaginismo	anorgasmia	disorgasmia	Desde quando: _____
(dor na relação sexual)	(contração involuntária)	(nunca sente orgasmo)	(sente orgasmo as vezes)	

**Ingesta líquida:**

Chimarrão:	Café	Água
Controla ingesta? sim não	Controla ingesta? sim não	Controla ingesta? sim não
Horários de uso? _____	Horários de uso? _____	Horários de uso? _____
Quantidade? _____	Quantidade? _____	Quantidade? _____
—	—	—
Chá	Suco	bebidas alcoólicas?
Controla ingesta? sim não	Controla ingesta? sim não	sim não
Horários de uso? _____	Horários de uso? _____	Quais? _____
Quantidade? _____	Quantidade? _____	—
—	—	

## EXAME CLÍNICO

**Avaliação abdominal:**

\_\_\_\_\_

Tônus diafragmático:	normal	hipertonia
Padrão respiratório:	apical	costo-diafragmático
Palpação:	algias	flatus      impactação fecal      normal
Cicatrizes:	sim	não
Tônus abdominal (inspiração)	normal	flácido
Teste da tosse:	normal	hipotônico
Diástase:	não	sim _____cm

---

### Avaliação Perineal:

Óstio da vagina:	fechado	aberto (moderada)	aberto (importante)
Distância ânus-vulva:	_____	(normalmente 3 cm – aproximadamente 2 dedos)	
Pregas anais:	presentes	reduzidas	ausentes
matéria fecal:	presente	ausente	
Sensibilidade:			
S <sub>2</sub> (parte póstero-interna das coxas)	normal	alterado	
Região peri-vulvar (sensibilidade em sela)	normal	alterado	
Motricidade:	comando verbal: como se fosse segurar o xixi - S <sub>2</sub> a S <sub>4</sub> (nervo pudendo) responsável pela contração		
	normal	alterado	
Reflexo:			
cutâneo-anal	presente	ausente - (estimular o clitóris- dedo mínimo rapidamente para cima - a região anal contrai)	
Centro tendíneo do períneo	atrofiado	tônico	testar com e sem contração
Síndrome do períneo descendente	sim	não	
Parede vaginal:			
Direita	tônico	flácido	Dor    rasgadura
Esquerda	tônico	flácido	Dor    rasgadura

Prolapsos:

		sim	não	
anterior	colpocele	Cistocele (bexiga)	Uretrocele (uretra)	
posterior	colpocele	Retocele (reto)	Eritrocele (cúpula vaginal)	enterocele (intestino)
		Histerocele (útero)	Prolapso retal	

<b>Tonicidade das fibras:</b>	Fibras fásicas		Fibras tônicas:	
Plano profundo (elevadores do ânus)	forte	fraco	forte	fraco
	contrair rapidamente		3-4, (máx. 10 - 12 s) contração mantida	
Plano superficial (bulboesponjoso)	forte	fraco	forte	fraco
	(pac. tenta fechar os dedos)		(fisioterapeuta tenta abrir dedos)	

**Grau de força perineal:** Plano profundo - grau: \_\_\_\_\_ Plano superficial - grau: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| 1 Pequena fibrilação, leve contração sem movimento, não repete a contração.   | 4 Resistência média, mantém 4 segundos e é capaz de repetir quatro vezes. |
| 2 Sem resistência, sente a contração, mantém 2 seg, dificuldade para repetir. | 5 Resistência máxima, mantém 5 segundos e repete cinco vezes.             |
| 3 Contração normal, mantém 3 segundos e repete três vezes.                    |   |

Sinergia: não abdominais adutores glúteos (Inversão de comando)

Sincinesias: sim não - movimentos parasitas ( não impedem a contração do períneo, mas impedimos)

Biofeedback:	pressão mínima	pressão máxima	p. máx – p. mín.
(aguardar 15 seg entre os testes)	1		
	2		
	3		
	4		
	5		

## Anexo 4

### Normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito. **Texto:** preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas.

**Tabelas:** deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano.

**Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis.

**Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

**Página de título contendo:** (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo.

**Autores:** devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Resumo:** os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos,

métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

**Palavras-chave:** indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

**Corpo do artigo:** os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

**Referências:** devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Vancouver**. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

#### 1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos

Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. Cad Saúde Pública 2004 fev; 20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar “et al”

Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem 2005 fev;13(1):7-14.

## 2. LIVROS

Autor pessoa física

Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador Veras RP, Lourenço R, organizadores.

Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

## 3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

## 4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

## 5. DISSERTAÇÃO E TESE



Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

## 6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

## 7. Material da Internet

Artigo de periódico

Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL:[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso).

Livro Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>